



TITLE:

広汎性発達障害者の心理療法を考える

AUTHOR(S):

多田, 昌代

CITATION:

多田, 昌代. 広汎性発達障害者の心理療法を考える. 京都大学カウンセリングセンター紀要 2010, 39: 19-26: 30077.

ISSUE DATE:

2010-03

URL:

<https://doi.org/10.14989/156351>

RIGHT:

広汎性発達障害者の心理療法について考える

多 田 昌 代*

I はじめに

2009年10月に日本学生支援機構から『教職員のための障害学生修学支援ガイド』が出され、発達障害への支援は他の障害への支援と整合性をもつ形で整理されている。読んで一番に感じるのはそのわかりやすさであり、このガイドによって発達障害学生の支援は飛躍的に進歩するのではないかと期待される。

こうした学生支援の進歩と比べると、狭義の学生相談でもあるカウンセリング技法の進歩はいささか心許ない。上記のガイドには「支援担当者やカウンセラーによる1対1の相談を続けることがしばしば必要になりますが、そこでは今起きている問題を平易に説明して知的な理解を求め、適切な行動を取るよう直接的な指示や助言をしていくことが中心で、従来の学生相談でよく行われる精神分析的技法や原則に忠実な来談者中心法など内省や共感に頼る技法は効果が乏しいでしょう」(p. 147) とある。カウンセラーがとるべきアプローチは、説明、指示、助言であるとの示唆が与えられているのであるが、これらを効果的に行うのはかなり難しいことだという印象が持たれるのではないと思われる。

もともと臨床心理学は信じる理論・学派によって意見を異にすることが多いのであるが、発達障害に関しては混乱とも言いたくなるような相違がある。発達障害のあるなしにかかわらず対応は同じでよいと考えるベテランも多く、中には『発達障害などと言うなら、すべての人が発達障害だ』と発言する人もいるようである。もともと発達の観点で見立て、柔軟な対応をしていた臨床家にとっては、何も『発達の障害』などと持ち出さなくても対応できるということなのかもしれない。しかし中核的な自閉症スペクトラムの人と定型発達の人との相違は明白であり、特別な工夫が必要であると考えるのが現実的なのではないだろうか。

ではどのような工夫が必要なのだろうか？ とても重要であるが難問でもあるこの問いについて考えることが本論文の目的である。複数校での学生相談の臨床経験から学んだことを中心に論じているので、対象は大学入学というハードルを越えた人たちばかりである。そのためほとんどの人の全般的な能力は高いので、広汎性発達障害の中でも、言語性IQが低い者や衝動性が強く反社会的行動を取ってしまうようなタイプについては、検討の外にあることを初めに明記しておきたい。

まずは広汎性発達障害にはどのような特徴があるのかを簡単に確認し、そのような特徴がある場合になぜ従来のやり方が有効でないかについて検討することにする。

* 京都大学カウンセリングセンター 非常勤講師

II 広汎性発達障害の特徴

広汎性発達障害（以降PDD）にはアスペルガー症候群と高機能自閉症が含まれるが、両者は状態像は違っても本質的には同じであるとして『自閉症スペクトラム（ASD）』とひとくくりにされることが多くなっている。スペクトラムとは連続体という意味であるが、虹の連続する色合いの中の赤がどこからどこまでか言えないように、どこからが障害でどこからがそうでないかの境界がつけにくいこと、しかしどこにあっても自閉症の特徴は濃かったり薄かったりしながら存在することが含意されている。

診断の時に必ず挙げられる特徴が、Wingの『3つ組の障害』と呼ばれるもので、社会性の障害、コミュニケーションの障害、想像性の障害である。この3つが確認されれば概ねPDDと診断されるようであるが、こうした障害のどれかが明確でない人もあり、そうするとPDDと診断されたりされなかったりという混乱が起こっていくようである。生まれつきそうした障害の特性が濃くでなかった場合もあるし、本人の努力と学習によって目立たないだけである場合もあり、上述のスペクトラムの考え方からすればこうした診断にはこだわる必要はないとされる。

実証的発達心理学の研究の進歩はめざましく、定型発達の乳児は、生得的に人間の表情、特に養育者の目に注意を向けるのに対し、PDDの乳児は視線を合わせないし、口や背景の何でない（情報量の少ない）物を見る傾向があるということがわかってきている（Baron-Cohen, 1995/2002, Klin, A他, 2003/2006）。これは、言葉の発達のために重要な共同注意や、対人関係の理解に重要な社会的参照の成立しにくさを招き、結果として言葉の発達の遅れや複雑な対人関係の理解の困難につながっているとされる。また定型発達の乳児では、養育者への愛着は生得的に備わったシステムとして育まれるようになっているが、PDDにおいてはこうしたシステムもうまく機能せず、愛着による安全感の希薄さのため、容易に不安定になりやすいことも発達がうまくいかない要因に挙げられる。想像力の障害は、世界を予測できないものにしやすく、同じ状況やルール、特定のものへのこだわりが強くなり、柔軟に対応を変えていくことができないとされている。感覚の過敏さという特徴も発達に影響を与える強い要因となる。

上記の3つ組の障害を説明する仮説として、『心の理論』障害説あるいは『心の盲目』仮説と呼ばれるものがある。これはFrith, Leslie, Baron-choenによるもので、自閉症における3つの主な兆候は、『心を読む』という人間の基礎的な能力の障害によるものであるという説である。すなわち、自閉症者は、自分とは異なる他者の心の状態を思い浮かべたり、理解することに困難があるために、社会的・対人的なコミュニケーションの障害が生じているという考えである。仮説としては他にも全体的統合の理論（以前は中枢的統合の理論と訳されることが多かった）、実行機能障害仮説があり、この3つの理論が「互いに補い合って、自閉症の主要な特徴のほとんどをカバーする」と言われる（Frith, 2003/2009）。PDDの人を理解するには後の2つの仮説についても習熟することが必要であるが、心理療法を論じる際には直接は必要ないので、本論では説明は省略する。

上述の心を読む能力は『心の理論』課題と呼ばれるテストを通過するかどうかで実験的に測定されるのだが、自閉症の中にはこの課題に正解する人もいるため『心の理論』課題は2段階になっている。第1水準は『AはBという信念を持つ』という他者の表象の認知であるが、第2水準は『AはBという信念を持つとCは考えている』という他者の表象に関する表象の認知である。高機能のPDDの場合、この第2水準にも正解する者がいるが、実験場面と同様の状況が日常生活で起こると、とたんに心を読むことが難しくなる。これは定型発達者のような直感的な情報収集と理解ができないためであり、社会生活を営む上で相当なハンディキャップと言わざるを得ない。

Ⅲ 従来の学生相談（カウンセリング）の問題点

こうした特徴を持つPDDの人には、なぜ従来のやり方は効果が乏しいのだろうか。

実際には「原則に忠実な来談者中心療法」を行っている人は少数ではないかと思われるが、この技法の効果が乏しいのは想像に難くないだろう。来談者中心療法の曖昧な設定は、PDDの人には容易には了解されないだろう。部分的な情報から思いこみをすることも多いため、カウンセリングについて偏ったイメージを持っていることも多く、クライアントの語りを受け身的に聞いているのでは、そうした思いこみを訂正することが難しいだろう。状況が同じであることにこだわるという特徴を考えれば、問題を乗り越えるための創意工夫が本人の中から生まれてくることは期待できない。また他者の心の理解は限定的なものなので、カウンセラーの対応を共感と受け取めることはほとんどのPDDの人にとっては難しいのではないかと思われる。そもそもカウンセラーの心の反応が共感的理解、すなわちPDDの人の心をなぞることに成功しているかどうかも疑わしいようにも思われる。

またPDDの人は、情緒的交流を求めて相談に訪れたのではなく、困っている現実的問題への助けを求めていることがほとんどであるから、ニーズと対応の不一致が起りやすいだろう。対人関係でのトラブルをかかえて来談したクライアントに対し、起りえない気づきを期待して黙って聞き続けた結果、思いこみによる間違った判断を妥当であるとカウンセラーが認めたと解されて、事態がどんどんこじれていくということも目にする。PDDの人は不安になるとますますこだわりが強くなって、適応的でないとわかっていても現時点での対応方法にしがみつこうであり、そういう点でも来談者中心療法では、事態の改善は起こりにくいだろう。

上述のガイドにもう一つ挙げられている精神分析的技法についてはもっと複雑である。精神分析は理論の発展とともに様々な立場、学派が生まれていて、精神分析的な心理療法と呼ばれるものだけでもその中身についてはかなり違いが見られる（Hamilton, 1996/2008）。精神分析学派からの自閉症論もあり（Tustin, 1972/2005）、精力的に取り組んでいる分析家はいないわけではない。また、愛着関係の実証研究の結果を成人全般のセラピーに生かそうとするメンタライゼーション（Bateman & Fonagy, 2004/2008、多田、2008）は、精神分析の中からできてきた理論であるが『心の理論』も基盤としており（Fonagy, 2006）、発達障害臨床において有力な方法であると筆者

は考えている。しかし、メンタライゼーション（注）が実証寄りであること、きわめてシンプルな介入であることなどから、精神分析と認めるか否かという議論もあるらしく、問題は錯綜としている。この問題に踏み込むことは、そもそも精神分析とは何かを考えることでもあるだろう。本論の筋から大きく外れることになるので、問題を指摘するに留めておく。

ただ、極端な内界重視と解釈の多用を宗とするアプローチが禁忌であることは、説明できるように思われる。Wing（1981）はASDの「カウンセリングは、主に説明し、再保証し、恐れや不安を話し合うことである。カウンセラーは、クライアントの理解力の限度内でカウンセリングができるよう簡単かつ具体的なアプローチをとらねばならない。精神分析は、複雑な象徴連合の解釈に基づくものであり、このような状態の場合には役に立たない。」と述べている。またWing（1996/1998）では、「療法士から与えられる解釈は、自閉症障害をもつ人たちを混乱させ、彼らにとっぴな考えを植えつけかねず、彼らは最も不適切な場面でこの考えをしゃべります。遊戯療法も同様に、想像力の発達に障害をもつ子どもにとっては無意味です」と厳しく戒めている。同感であるがWingの説明は簡略であるので、少し解説が必要であろう。杉山（2004）は、PDDの人も見立ての能力やメタファーを形作る能力をもっているが、汎用性に乏しい独自の表現をすることがあるとしており、こうした場合に、精神分析理論に依拠した解釈が適切である可能性は通常よりも低くなるだろう。また解釈は複雑な構成になっていることも多く、PDDの人にとっては理解自体が難しいはずである。筆者は言語能力の高い文系学部のPDDの人と話していて、「坂道を転がるように」という言葉を使ったら、「それは喩えですか？」と聞き返された経験がある。おそらく文章として読めば難なく理解されたはずであるが、音声のみの入力では字義通りに受け取られる可能性があったのだろう。聞き返してくれない人も多いので、どこでコミュニケーションがずれるかにこちらが注意しなければならず、そのためにはできるだけ簡単かつ具体的である方がよいだろう。とりわけ与えられた解釈の正しさを実生活で検証することができない場合には、すぐに忘れ去られるか、さもなければ思い違いをして取り込まれることになりやすい。一度習慣化すると自分からやめることは難しいという特性のため、効果のないまま何年も継続してしまうケースは、残念ながら珍しくないように思われる。

IV PDDの心理療法

PDDは個人差が大きく、問題也多岐にわたっている。人格障害がいくつかのサブタイプに分けられるように、PDDについてもサブタイプに分けて考えていく方が整理されて良いだろう。Wing（1996/1998）は、青年期のASDを社会的相互交渉の障害という点から4群に分類している。人との関わりを避けてしまう孤立群、受け身でなら人と関わることが出来る受動群、積極的に人に関わるものの、独自の奇異な仕方では接近しようとする『積極奇異』群、過度に礼儀正しくふるまう『形式張った大仰な』群である。最後の『形式張った大仰な』群は発達が進んだタイプであるので除いて考えられることが多く、日本では3群を類型として捉える方が一般的である。

杉山（2000）は自閉症青年の就労について論じる際にこの3類型の特徴について述べている。要約すると以下になるだろう。

「孤立型」……必ずと言っていいほど過敏性があるためにパニックになりやすく、対人的孤立が集団教育を受ける際の適応の形態となりやすい。

「受動型」……過敏性や転導性の障害が比較的軽微で、学童期に愛着が成立して親や他人の期待に添おうとするようになる。時に過剰適応的に頑張って無理を重ね、挫折すると見捨てられ不安が生じて抑うつ的になったり、身体症状が出たりする。

「積極奇異型」……過敏性があるが学童期まで多動で落ち着かず、愛着の形成が遅れる結果、人の期待に添うということや社会ルールの学習が難しく、突発的な問題行動（嫌になると逃げる）が起こりやすい。

この3類型は、学生相談の場でも臨床上有用である。孤立型の人自身の問題を相談によって解決しようという構えがそもそもないことが多く、継続もかなり難しいという印象がある。おそらくはカウンセリング以外の援助方法を考えるべきなのであろう。受動型の人、杉山の言うように抑うつや身体症状を主訴として来談することが多いようである。関係がつくときちんと継続来談してもらえ、積極奇異型は何か問題行動を起こしてリファールされたり、少し変わった問題意識で自主来談して来たりする。この型の人とは誰かと共同作業をすること自体に葛藤が強いので来談のペースが安定しないし、ADHDの傾向をもつ人だと約束を忘れたりダブルブッキングしてしまったりといった理由で来談できず、継続が難しくなりやすい。

PDDの人とのカウンセリングの問題として、定型発達の人との時のような手応えが感じにくいことが挙げられよう。徐々に作り上げられていく信頼関係や転移の深まり、その場に醸成されていく空気のようなものに欠けるせいであろう。コミュニケーションの障害は、間主観性の障害でもある。自分の経験を振り返って、クライアントの表情から感情を読み取ることができないことへの不安はけっこう大きい。なぜ毎回やってくるのか、なぜキャンセルなのかが読めない。心理学的、経験的に理解できないことに対するカウンセラーの耐性には個人差があるだろうが、こうした耐性が低いと負の感情をもちやすく、面接に安定感がなくなってしまうことになる。

小林・大久保（2007）、小林（2007）は愛着を実験的に測定するストレージ・シチュエーション法をPDD児に実施し、愛着形成の困難さ、すなわち関係欲求をめぐる強いアンビバレンスに着目した実践を行っている。小林らの方針は明確で、「臨床の要となるのは、このアンビバレンスを緩和するように働きかけることと、養育者の側の負の感情および負の関わりの低減である。言い換えれば、両者の間に生まれた悪循環を断ち切ることである。」（小林、2007）としている。養育者にしてもカウンセラーにしても、関わり合うことの難しさを拡大再生産していないかという視点は重要であり、悪循環を好循環に変えていくことがカウンセリングにおいてまずは目指されると

ころであろう。

小林はさらに「アンビバレンスを緩和する働きかけの中心は、それまでの過干渉的な対応をできるだけ控え、子どもの関心の向かうところを丁寧に受け止めることである」としている。

子どもの関心を中心に据えることは、Greenspan & Wieder (2006/2009) も強調している。彼らの方法はDIR (Developmental, Individual-Difference, Relationship-Based) と呼ばれ、訳者は「発達段階と個人差を考慮に入れた、相互関係に基づくアプローチ」と訳している。彼らの方法はすべての年齢、障害の度合いを網羅した包括的なものなので、青年期のPDDの人への心理療法について考えるという本論の範囲を大きく超えているのであるが、そこから学ぶべきものは大きい。Greenspanらはいくつもの原則や目標を挙げている。思春期・成年期での第1の原則を「その人の興味のありかに沿って介入をすること」であるとしており、小林の姿勢とよく似ている。

PDDの人には興味の限局が見られるため、興味に沿うなどと言うとやや否定的に受け取られるかもしれないのだが、Greenspanらが強調するように、こどもが自らアクションを起こそうとすることが重要なのであるから、アクションの中身についての価値判断は保留にして、まずは興味・関心の向いている先と一緒に見るのが肝要であろう。先にPDDの子どもは共同注意の成立が遅れることにふれたが、自然には成立しにくい共同注意をカウンセラーの方の歩み寄りによって成立させようとする、と云い換えることもできるだろう。

クライアントが持ってきた問題を一緒に考えつつ、関心を広げていくこと、白か黒かではないグレイゾーンの考え方 (Greenspanら) の練習をしていくことが重要になる。対人関係のトラブルで来談する人には、心の理論の理解の促進をねらったやりとりが中心になるだろう。概ね心の理論の第2水準についての実践的理解をめざすことになるが、話を聞きながら、常識的理解や周囲の反応の代弁を行っていくと良いように思う。例えば「突然行っちゃったの？ 相手の人、びっくりしてたんじゃないですか？」という風に、本人の行動ではなく周囲の人の行動や簡単な感情についてのコメントにすると、安全であるように思われる。本人の混乱は、よくわからないということから来ていることが多いので、クライアントの周りに起こっている事態と一緒にわかっていくというプロセスは重要であるだろう。クライアントがどのような状況にいるのか、本人の話だけではよくわからないことも多い。カウンセラーはクライアントの限られた社会性、コミュニケーション、想像性の能力を補って、状況を想像していかなければならないことになる。これは論理的推論によって人の心を読む作業をクライアントと共に体験することでもあり、社会性の発達の促進に必要な過程のようにも思われる。

こうしたコミュニケーションがうまくいき出すと、カウンセラーに対する愛着が形成され、カウンセラーを安全基地として外界での関わりを広げていくことができるようになる。PDDの場合、安全基地としてのカウンセラーは近接欲求の満足のためであって、真の信頼関係を作るには通常より長い道のりが必要となる。この点を理解しておかないと、カウンセラーの方に負の感情が生じがちなので、注意が必要である。

面接が続くようになって、PDDの特徴の上に重ねられた防衛パターン、情報処理の障害の問題から来る学業上の挫折などはどんどん問題を錯綜させていく。環境との不適合が強いと、カウンセラーの努力よりも速いスピードで事態が悪化していくため、環境調整や学習のサポートが必要になる。冒頭に述べたガイドにあるような支援方法が有効に働くと、環境に受け入れられているという感覚が安定につながり、適応がぐっと良くなる。

しかし、こうした介入は本人にとっては自らのハンディキャップへの直面化として受け取られ、拒否されることも多い。何より新しい行動をとるということが不安にさせるようであり、周囲から見るとほんの一步の違いであるのに、本人にとっては恐ろしい谷を越えるように感じられるように思える。

だが彼／彼女らに提案して断られるのは、その方法の方が間違っている可能性もあることを考えておくことは重要であろう。筆者は以前に、実験が苦手なクライアントにTAをつけてもらおうと提案したが、特別扱いされるのは嫌だと断られた経験がある。しばらく後に彼が自力で実験の単位を取ることができたと聞いて、なぜ取れたのかと問うと「何回目かなので何をするか大体わかったから」というものだった。年月がたつことで失ったものも多いとは思いますが、自分のやり方で克服したということは彼の自己効力感を高めただろう。独力であることを何より大事に思うクライアントもいる。周囲の援助によって適応できたが、劣等感ばかり感じてむなしいというのであれば何のための援助なのかということになる。もちろん独力にこだわるのが適応を悪くしていく例の方が多いだろう。援助とは何なのかを常に問い続けていきたいものである。

V おわりに

広汎性発達障害者の心理療法について、従来のカウンセリングの問題点を検討した上で特に必要とされる技法上の工夫についてまとめてみた。十分に検討できていない部分も多く、さらに考えていきたいと思っている。

臨床をしていて思うのは、障害はPDDの人の中にあるのではなくて、PDDの人の外にあるのではないかということである。ICFモデルの考え方につながっていくのだろうが、彼らの見るように外の世界を見ようとする、色々なところにつまずきや段差がある。学生同士の人間関係の説明は何とかなるものの、アルバイト先や就活でのやりとりは、さらに複雑で非論理的であるので、推論することも説明することも難しく感じられる。高校から大学への移行よりも大学から社会への移行の方が数段困難である。乳幼児期からの早期支援が進んでいるが、大学においてもPDDの人の支援はなるべく早期になされることが望ましいだろう。

(注) 最近はメンタライジングの方が好まれるようであるし、自閉症研究ではmentalizing心理化という訳語で定着しつつあるようである。

文献

- Baron-Cohen S (1995) : Mindblindness. 長野敬・長畑正道・今野義孝訳 (2002) : 自閉症とマインド・ブラインドネス 青土社
- Bateman A & Fonagy P (2004) : Psychotherapy for Borderline Personality Disorder : Mentalizationbased Treatment. Oxford University Press. 狩野力八郎・白波瀬丈一郎監訳(2008) : メンタライゼーションと境界パーソナリティ障害 MBTが拓く精神分析的精神療法の新たな展開 岩崎学術出版社
- Fanagy P (2006) : The Mentalization-focused Approach to Social Development. In Allen J G & Fonagy P (ed.) Handbook of Mentalization-based Treatment. John Wiley & Sons, UK, 53-99
- Frith U (2003) : Autism:Explaing the Enigma 2nd ed. 富田真紀・清水康夫・鈴木玲子訳 (2009) : 新訂 自閉症の謎を解き明かす 東京書籍
- Greenspan S & Wieder S (2006) :Engaging Autism:Using the Floortime Approach to Help Children Relate, Communication, and Think. 広瀬宏之訳 (2009) : 自閉症のDIR治療プログラム フロアタイムによる発達の促し 創元社
- Hamilton V (1996) : The Analyst's Preconscious 高橋哲郎監訳 (2008) : 分析家の前意識 諸学派65人のインタビューによる研究 岩崎学術出版社
- Klin, A. Jones, W. Shultz, R. and Volkmar, F (2003) : The enacted mind, or from actions to cognition: lessons from autism. Philosophical Transactions of the Royal Society. B358 345-360
河田紗弥架・岡田俊訳(2006) : 能動化した心、行為から認知へ：自閉症から学ぶ 高木隆郎・P.ハウリン・E.フォンボン(編) 自閉症と発達障害研究の進歩 vol.10 星和書店 297-323
- 小林隆児 (2007) : ストレンジ・シチュエーション法から見た幼児期 自閉症の対人関係障害と関係発達支援 数井みゆき・遠藤利彦編著 アタッチメントと臨床領域 ミネルヴァ書房 166-185
- 小林隆児・大久保久美代(2007)関係性を通して進める発達障害児の理解 臨床心理学7(3) 324-328 日本学生支援機構(2009) : 教職員のための障害学生修学支援ガイド
<http://www.jasso.go.jp/tokubetsu-shien/guide/pdfdown.html>
- 杉山登志郎 (2000) : 発達障害の豊かな世界 日本評論社
- 杉山登志郎 (2004) : 《展望》コミュニケーション障害としての自閉症 高木隆郎・P.ハウリン・E.フォンボン (編) 自閉症と発達障害研究の進歩 vol.8 星和書店 3-23
- 多田昌代 (2008) : 社会的参照という概念を通して学生相談を考える 京都大学カウンセリングセンター紀要 第38輯 61-68
- Tustin F(1972) : Autism and childhood Psychosis. 齋藤久美子監修・平井正三監訳・辻井正次他訳 (2005) : 自閉症と小児精神病 創元社
- Wing L(1981) : Asperger's syndrome : A clinical account. Psychological Medicine, 11, 115-129 門真一郎訳 (2000) : アスペルガー症候群：臨床知見 高木隆郎・M.ラター・E.ショプラー編 自閉症と発達障害研究の進歩 星和書店 vol.4 102-120
- Wing L(1996) : The Autistic Spectrum. A guide for parents and professionals 久保絃章・佐々木正美・清水康夫訳 (1998) : 自閉症スペクトル 親と専門家のためのガイドブック 東京書籍